

## 社会運動としての在宅医療と医師のライフヒストリー（3）

### Life History Narratives of Doctors on Homecare Practice and Its Nationwide Networking as a Social Movement No.3

大出 春江<sup>\*</sup>  
Harue OHDE

#### <キーワード>

ケア，在宅医療，ホスピス，有床診療所，訪問看護，ライフヒストリー，語り，医師，  
看護師，ネットワーク

#### <要 約>

医療制度や介護保険の見直しを背景に，老いや病いや死とどう向き合うか，どのように迎えるかという問いはきわめて現代的な課題となっている。

これまで在宅医療に取り組む医師を対象におこなったインタビュー調査をもとに，「社会運動としての在宅医療と医師のライフヒストリー」と題し，地域におけるターミナルケアがどのようにして成立し，今日に至っているかを医師の視点から明らかにすることで，この課題を考察してきた。

本論はこれらにつづく報告として，ホスピス型の有床診療所を運営する医師と看護師に注目する。ホスピスとよばれるのは，通常，制度として認可された「緩和ケア病棟」をさすが，ホスピス型の有床診療所は制度的に大きく異なり，診療報酬上もっとも劣位に置かれ，経営上不採算を強いられる。それにもかかわらず維持存続させ運営する医師や看護師の語りを軸に，そこでめざされる医療実践を通して，ターミナルケアを支える社会的条件を考察していくことを目的とする。

---

<sup>\*</sup>大妻女子大学 人間関係学部 人間関係学科 社会学専攻

## 1. 緩和ケア病棟と在宅ホスピスの間

「末期医療に関する意識調査等検討会」によって1993（平成5）年および1998（平成10）年にかけて、20歳以上の国民と医療従事者を対象に意識調査が実施されている。この調査はその後「終末期医療に関する調査等検討会」と名称を変え、2003（平成15）年と2008（平成20）年にも継続調査を実施している。この調査は1987（昭和62）年に当時の厚生省によって行われた調査にもとづき、5年ごとに継続して実施された大規模なものである。

第1回目の調査からすでに4半世紀を経過し、介護保険の導入、医療制度が大きく変化し、認知症やがん、その他の治療の困難な病気を抱えて過ごす場所についての希望や、広く終末期医療について、人びとをとりまく環境も人びとの意識も大きく変化してきたと考えられる。

病名告知を例にとると、1998年調査には遺族の介護者を対象とした調査結果が含まれている。一般的な意識調査とは異なり<sup>1)</sup>、当事者を対象とする貴重な調査結果であるので、ここに紹介する。

結果によると、虚血性心疾患では病名の告知がされた人の介護者の4人に3人は知らせてよかったと回答しているのに対し、がんの場合「病名の告知がされなかった」人の介護者の3人に2人が「知らせなくてよかった」という回答である<sup>1)</sup>。がんの場合、病名告知の状況をみると「知っていた」20.2%、「察していた」43.8%、「知らなかった」28.8%という分布で、病名告知は5人に1人という状況である。がんであることを「知っていた」人の介護者の55.5%が「知らせてよかった」と回答しているが、虚血性心疾患や脳血管疾患の場合、それぞれ73.4%、70.6%であるのに比べ下回る。さらに「どちらとも言えない」が、がん患者の介護者の場合30.4%と高い。

この10年間で病名告知に関する態度は日本社会においてどのように変化してきたのだろうか。継続して行われている2003年、2008年には同種の調査結果がないため、経年的変化はわからないが、1998年調査からは、がんの告知をめぐる患者と患

者家族と医療者間の認識文脈のずれと相互作用の難しさが示されている。

1998年調査は『21世紀の末期医療』にまとめられているが、そこには柏木哲夫の「日本のホスピス・緩和ケア病棟―諸外国との比較を中心にして―」が収録されている。それによると1999年12月現在、68施設（1230床）あり、聖隷三方原病院や淀川キリスト病院が緩和ケア病棟として認可された1990年当時と比較するならば、およそ10年の間に急速に日本全国の病院に拡大したといえる。ただし、1999年12月末現在、ホスピス（緩和ケア病棟）がまだ設置されていない県が12あると報告されている（岩手、山形、茨城、山梨、奈良、鳥取、島根、徳島、香川、愛媛、大分、宮崎）。またシンガポールや香港と比べても「日本のホスピスの数はまだまだ不足」と柏木は述べている。

柏木はさらに諸外国のホスピスとも簡単な比較をおこなっている。それによるとアメリカのホスピスの特徴はhome care hospiceを中心としていて1999年現在3100あるホスピスのほとんどは在宅ケアを中心としたものであり、独自の入院施設はもっておらず、全米で入院施設をもつホスピスは235だと述べている。これに対し、イギリスの場合、入院施設をもつホスピスは236施設（3342床）あり、そのほかにベッドはもたない地域緩和ケアサービスが400、病院内の緩和ケアチームが209、そのほかに長期在宅看護ケアが76、デイサービスが251あり、「バランスよく発達」としていると評価している<sup>2)</sup>。

諸外国と比べ日本の認可されたホスピスは人口比からすると、まだまだ不足だと柏木は指摘する。それでも日本のホスピス（緩和ケア病棟）も着実に増え続け、2010年現在、47都道府県すべてに設立され208施設、4060床となった<sup>3)</sup>。認可された緩和ケア病棟の場合、「緩和ケア病棟入院料」（1日37800円）が算定され、それが病棟運営の経営基盤となっている<sup>4)</sup>。

一方、本論で対象としてきた在宅医療実践を進めてきた医師たちは1990年代前半に全国的なネットワークの成立に関与し、開業医として地域医療にかかわりつつ、地域を超え職種を超えたネット

ワークの形成により、在宅医療の実現をめざした。医師らの語りから、彼／彼女らがめざしてきた医療が病院や診療所を中心とする医療に限定されるものではないことも示されてきた。さらに病いをもつ人びとに必要な医療やケアは、それが経営上の採算と結びつかない場合でも実践するという点も共通して浮き彫りにされた。

こうした取り組みの一つがホスピス型の有床診療所であり、第2報の中で神戸市にある希望の家と梁勝則医師を紹介した。本稿では希望の家よりさらに1年早く、2003年山梨県に設立された「玉穂ふれあい診療所」をとりあげ、開設の経緯とその医療実践を医師と看護師長の語りを中心にみていくことにする。

有床診療所は一般的に病院とよばれることが多いが、制度的には19床以下の入院施設をもった診療所であって、病院とは区別される（両者の区別と歴史的な経緯は前号を参照）。

第2報にも述べたように、有床診療所は年々減少の一途をたどっている。その中で、ホスピスに特化した有床診療所は極めて少なく、日本国内に10施設も満たないといわれる。ひとつの理由は外来診療に対し、病棟を維持するのは人件費と施設維持費がかかる上、がん患者の痛みを適切に管理しQOLを維持するために、医療費が高額となるといわれる。戦前期日本では統計的に把握されている範囲でも無床診療所と有床診療所は3:2程度の割合を占めていた。かつての診療所の多くが医師や家族の住居と兼ねたり、同一敷地内にあることを考えれば、届出されていない無床診療所でも臨時的に患者を泊めることもあっただろう。敗戦後、診療所は再開または新規に開設され、その数を増やしていく。無床診療所よりも有床診療所の伸び率が大きく、その傾向は1970年代まで続き、4:3程度にまで至る。しかしながら有床診療所の数は1970年代初頭をピークとして横這いとなり、1980年代から減少傾向を続け、2010年現在は1970年代の1/3となっている<sup>(5)</sup>。

スタッフの確保、後継者の確保、仕事と生活の境界の曖昧さ、患者の病院志向等の諸要因が考えられるが、なによりも診療報酬である医療保険点

数が低く抑えられ、かつ入院期間に応じた通減制をとっているため、経営を維持存続することが困難になっている。

入院基本料をめぐる病院・緩和ケア病棟・診療所の違いを近年に限って概観するだけでもこのことを確認できる。2010年4月現在についていえば、一日の入院基本料は緩和ケア病棟が1日3780点、一般病院（7対1看護）1555点であるのに対し有床診療所（看護師7名以上）は760点である（14日以内）。次の26日間が590点、30日を過ぎると500点となる。診療報酬は1点10円であるから、有床診療所の入院基本料は最初の2週間で7600円、次の2週間で5900円、さらに5000円と通減していく<sup>(6)</sup>。食事は3食、医師や看護師による医療や看護ケアを受け、なおかつ中規模ビジネスホテル宿泊料並か、それを下回る金額である。2010年度で改定で最初の1週間に一般病床初期加算100点、また医師2名の場合は医師配置加算88点が追加されているが、これらを全部合計しても一般病院の基本料金の2/3にも及ばない。

千葉県南房総市に1999年有床診療所を開設した伊藤真美は鹿児島、鳥取、神戸、山梨の有床診療所を訪ね、医師、看護師、ソーシャルワーカーとの対談と、自らの診療所の経営と現状を踏まえ、「生きるための緩和医療」実践をする上での有床診療所の役割と重要性を主張している。経営上の厳しさはそこに登場する有床診療所すべてに共通する。

こうした困難にもかかわらず、2006年には宮城県仙台市にもホスピス型の有床診療所が登場した。開設した中井祐之は自院のデータおよび伊藤真美や伊藤が訪問調査を実施した診療所へのアンケートをもとに報告をおこなっている。次節ではこの報告と日本医師会総合政策研究機構によって実施された調査をもとに、有床診療所のおかれた状況を概観しておこう。

## 2. 有床診療所の果たす役割と可能性

### (1) 「かかりつけ医」であることの意味—包括性・継続性・一貫性—

有床診療所は地域にあって自宅から通院でき、必要に応じて入院もできる小規模で顔の見える関係というところに特徴がある。医療者は患者の居住環境や家族関係、職業生活、日常生活における健康状態を把握している（包括性）。極めて専門性の高い治療が必要な場合をのぞくと、地域に根ざしていることにより通院—在宅—入院という連続性が保障される<sup>2)</sup>。小規模であるからこそ、組織原則にしばられない個別対応が可能であり、小刻みの入退院も可能になる。要するに一人ひとりの患者や家族の個性に即したケアという意味で一貫性が保たれる。

もちろん、小規模であるからこそ、中核となる医師や看護師の価値観や方針が直接に診療所の性格として反映され、診療所とそこで織りなす人間関係を固有なものにしていく。

2006年に仙台市でホスピス型の有床診療所を開設した中井祐之は、「入院緩和ケアと在宅ホスピスケアの機能をもつ」有床在宅療養支援診療所を緩和ケア病棟、一般病院につぐ第3の形態として位置づけ、今後のがん緩和ケアと看取りの場としての推進可能性を検討している。

日本医師会総合政策研究機構は2008年8月現在届出された10628施設の在宅療養支援診療所を対象とし、都道府県別に50%を無作為抽出して郵送法によるアンケート調査を実施している。35.1%の回収率で、最終的には1808施設（有効回答率34.3%）について集計、分析した結果によると、在宅支援診療所として届出された診療所のうち有床診療所は全体の2割を占めていた。全国の一般診療所にしめる有床診療所の割合は11.8%であるから、在宅医療と有床診療所の重なりが大きいことが示されている。届出病床数をみると、19床が61.0%を占め、平均届出病床数は16.4床であり、これは全国の有床診療所の病床数分布とほぼ変わらない<sup>7)</sup>。

同研究機構は2005年から毎年、全国規模で有床

診療所の実態調査を実施している。2008年には1532施設の有床診療所を対象とした調査結果を公表している。それによると、大都市は主要診療科目に集中が見られず、内科、外科、整形外科、産科・婦人科等が2割前後を占めるが、都市の規模が小さくなるにつれ、内科の占める割合が大きくなり、農村・山間、へき地・離島では6～7割となる。いずれの地域でも「かかりつけ医」としての機能がもっとも高い。都市では「専門性の高い手術」機能を持ち、農村・山間部およびへき地・離島では「地域の数少ない入院施設」としての機能がある<sup>8)</sup>。

### (2) 増える在宅死の偏在化

中井は「“有床”在宅療養支援診療所が在宅ホスピス推進に果たす役割と課題」という論文の冒頭で、緩和ケア病棟による年間看取り数11300人（2008年現在）、在宅療養支援診療所による年間看取り数32000人（2009年2月現在）が全国の年間およそ32万人のがん死者にまったく追いついておらず、多くのがん患者の看取りは「最終末期になって急性期病院に短期間入院するか、あるいは療養型病床への中長期的に入院するなどの形」で行われていると述べている<sup>9)</sup>。

2006年から導入された在宅療養支援診療所として登録された診療所は全国で11000施設を越える。訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所と協力しながら、「住み慣れた家」で迎える死を実現している。在宅で迎える死は、過剰な医療を排除し、死を自然なこととして日常生活の延長として受け入れるという患者の死生観と価値観に基づく。また家族や身近な人びとの関係を再確認もしくは再構築し、生きる意味の世代的継承の契機としても重要である。人生の終わりを主体的に生きるという意味では、病院死や施設死の対極に置かれ、在宅死はとりわけ2006年度に始まる制度的な枠組みを得て、注目されている。

では制度的変更を受け、在宅死は増えているのかというと、都市において微増傾向はあるものの、病院と高齢者施設の死が大半を占める。中井はがん患者の看取りの場所の大半が急性期病院か療養

型病床であると指摘したが、その理由は「症状の進行にともなう患者や家族の不安、介護者不在などの理由から終末期には入院を希望する例は少なくない」ためだという。それゆえ「専門的緩和治療や合併症などによる緊急時の治療を行う一方、家族のレスパイトのための入院をも可能とするような自由度の高い小規模入院施設が在宅医療推進の拠点として、地域の在宅医と連携するならば、がん患者やその家族にとって緩和ケアと看取りの場の選択肢がひろがり、在宅利用の推進にもつながる」として、有床診療所の役割を強調する。

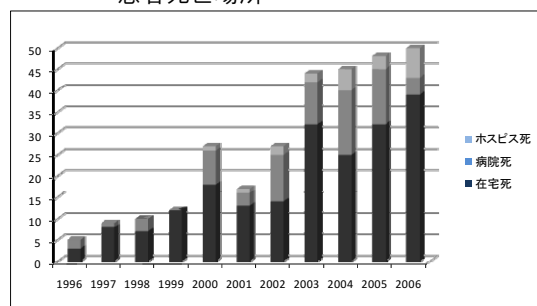
実際、冒頭に紹介した厚労省が5年ごとに行っている「終末期医療に関する調査」2008年実施結果によれば、「終末期における療養の場所」として「自宅で療養し必要になれば医療機関等を利用したい」とするものまで含めると、「自宅で療養したい」という回答者は60%を越える。この割合は前回、前々回の調査よりも増加している<sup>(10)</sup>。ただし「自宅で最後まで療養したい」に限ると約11%であり、漸増はしているが10年間この傾向は変わらない。

これを在宅療養支援診療所として届出し、積極的に在宅医療をおこなう医師の側からみると、この状況はダイナミックに変化する。例をあげる。福岡県行橋市で親の代からの診療所を継承する形で開業した矢津剛は1996年開業と同時に在宅ターミナルを開始している。1996年～2006年間の10年間で、在宅ターミナル症例数が224例だったと報告している。その内訳は、在宅死150例（72.5%）、施設死57例（27.5%）、療養中17例である。このうちがん末期が196例を占めており、それ以外は神経難病、認知症そして老衰だという。ここで注目されるのが、在宅死の割合が全体の7割を超え、しかも2002年には10例余りであったのが2006年には30例となり、年々在宅死が増加傾向にあるという点である<sup>(11)</sup>。

『在宅ホスピスのススメ』の編著者でもあり、福岡市で在宅ホスピスを1996年から行っている二ノ坂保喜の報告でも同様な傾向をみることができ。すなわち、二ノ坂の診療所では1996年の開院時から在宅死の数は病院死のそれを上回っていた。

ただし当初は年間10例にも満たなかった。その後、漸増し、2000年と2003年を境に在宅死の数は急激に増える結果となっている（図表1参照）<sup>(12)</sup>。

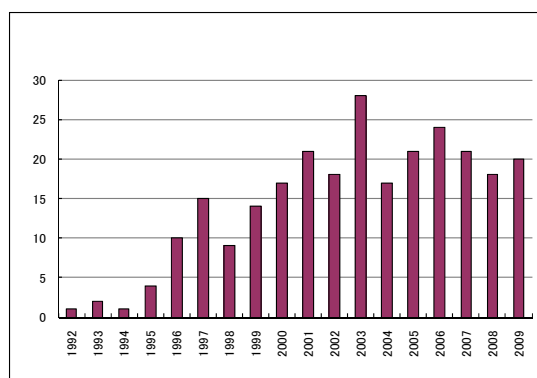
図表1 にのさかクリニック（福岡県福岡市）患者死亡場所<sup>(13)</sup>



月刊保団連 p.28（2007.4）

3章に登場する、山梨県の土地邦彦の診療所においても1992年開院以来、在宅死は継続して増加している。

図表2 どちペインクリニック（山梨県中央市）在宅看取り数



まとめると、在宅医療に積極的に取り組む医師や看護師、訪問看護ステーション、そして居宅支援事業所がチームになっている場合は、近年、在宅死の割合は共通して増加傾向にある。しかし、日本社会全体でみると、しばしば引用されるアメリカ、オランダ、オーストラリア、イギリスなど

の諸外国の在宅死の割合（3割から4割）と比較すると、依然12%を推移し続け、大きな変化はない。

### （3）在宅ホスピスケアにおける有床診療所の需要

ふたたび中井の報告に戻る。2006年4月仙台市に開業した中井祐之は、2008年4月～9月までの6ヶ月間に通院・在宅入院医療を開始した全がん患者79名を研究対象とし、療養の場、転帰、療養の場についての患者と家族別の希望理由、症状安定期と死亡前2週間の在宅医療費と入院医療費を明らかにしている。その一方で開院時からの2年6ヶ月間の取扱い全がん患者307例についての在宅死率が20%であること、2008年の半年間に限ると29%に増加したと報告している。

79名のがん患者について、1)療養の場 2)転帰 3)初診時の療養の場の希望 4)対象者の同居者の有無等、介護力に関わる属性 5)在宅・入院別医療費について、中井の報告をまとめると以下の通りである。

1)療養の場についてみると、入院のみ26名、在宅のみ17名でそれ以外は在宅と入院の組合せの27名、外来通院中9名という結果である。初診時の希望だけでなく、症状や介護力を含む状況によって療養の場が変化することがわかる。

2)転帰についてみると、入院死44名、在宅死18名、転院8名、通院中9名である。初診後6ヶ月間に死亡した患者数が79名のうち62名と78.5%を占める。初診から死亡までの軌跡が極めて短期であるという、がん患者の転帰の特性がわかる。

3)初診時の療養の場の希望であるが、患者と家族の意向の違いがはっきりしている。患者には希望不明・未記載が36名と多い。また入院希望は16名と少なく、在宅希望が27名である。これに対し、家族は入院希望39名、在宅希望が24名という結果である。病状の変化とそれに対応する患者家族側の人的資源と介護力という不確定性要因と（初診時の）認識が、入院希望に対する患者と家族の希望のずれを生みだしているといえる。

なぜこうしたずれが生じるのか。患者の「希望不明・未記載」が家族の判断に全幅の信頼を置い

ているために空欄とするのか。それとも家族の判断に従うほかはないという患者の遠慮なのか。あるいは病状の進行についての予測不能性による希望不明なのか。データからは判断できないが、患者と家族の意向のずれに注目しておく必要がある。

図表3 たんぽぽクリニック・初診時における患者と家族が希望した療養の場<sup>(14)</sup>

患 者		家 族	
入院	16	入院	39
在宅	27	在宅	24
希望不明、未記載	36	希望不明、未記載	16

出典：中井祐之, p.13 表2

4)対象者の属性についてみると、70歳以上の高齢者独居7例および夫婦二人暮らしが18例あり、これら25例について、中井は夜間の介護、症状変化の対応面で「在宅医療継続が困難」例ととらえている。これら25例中20例が入院死しているという結果がその判断を裏付けている。

5)在宅療養支援診療所が訪問診療をしたり訪問看護ステーションが訪問看護をすることで実現される在宅療養と、入院する場合の医療費はどのくらい違うのだろうか。中井の概算によると症状安定期と死亡前2週間とは大きく異なる。安定期は在宅医療費（訪問診療と訪問看護が週1回）11540点、同時期入院医療費は22840点と、安定期の在宅医療費が入院医療費を下回る。ところが、死亡前2週間を両者で比較すると医療費は逆転する。在宅医療の場合、症状緩和のために訪問診療と訪問看護は頻回になる。訪問看護はほぼ連日である。在宅医療費は平均21940点、これに訪問看護ステーション請求額が平均13100点、「さらにターミナルケア加算などが付加されると在宅医療の場合には死亡前2週間で総計40000点以上の医療費がかかると推定」されるという（1点は10円）。

医療費の推計について、中井は他の有床診療所の医療費も加えた平均から算出している。その際、有床診療所での入院費について「22000点の診療

報酬を得るために必要な人件費、医療材料、その他の経費などを合わせた原価（が）……38000点を上回る」こと、この「大幅な支出超過を外来と在宅医療の収入で補っているのが実状である」とも述べている。

以上から本論にとって特に重要な点をまとめると次の通りである。第1に、がん末期になった当事者にとって、入院か在宅療養を選択するかは状況依存적であり、事前の意思による選択を必ずしも反映しないこと、第2に、高齢者による介護あるいは介護者がいない独居のがん末期の患者の場合、しばしば在宅療養の継続が困難になる可能性が高いこと、第3に在宅を療養の場と希望するがん末期患者の場合にも入院需要は潜在し、これを満たす必要があること、である。

中井は登録がん患者の入院の90%は自院で対応していることを踏まえ、「在宅から入院まで主治医の変わることをない連続的なケアを行えるという大きな利点」を有床診療所がもつことを指摘している。

伊藤真美が有床診療所医師らとの対談からまとめた「有床診療所からのメッセージ」と共通する点が多い。それに加え在宅医療と入院医療の費用の比較や患者と家族の療養の場についての希望のズレは有床診療所がなぜ在宅医療にとって必要なのかを考える上で特に参考になる。

以上を踏まえ、山梨県の有床診療所を運営する土地邦彦医師と長田牧江師長の語りを中心に、介護福祉士のスタッフのエピソードを加えながら、有床診療所を立ち上げ、継続させた経緯と、医療や看護を含む患者観、医療者観をみていくことにする。

インタビュー調査は2009年11月14日、病棟見学後に実施した。また翌2010年5月に同診療所において行われた「ホスピス祭り」に参加し観察をおこなった。さらに2010年9月7日、大妻女子大学社会学専攻学生22名を引率した際、土地医師と長田師長の講演を伺った。また9月11日「どちペインクリニックのホスピスを支援する市民の会」によって企画された山梨県中央市での「ホスピス開放講座」に参加し、同診療所で看取りを行った家

族の語りを通して、患者家族の視点から診療所の役割を聞く機会を得た。以上の聞き取りと観察をもとにまとめていく。

### 3. ペインクリニックを有床診療所にする —玉穂ふれあい診療所の実践—

#### （1）山梨にホスピスを作る

先述の通り、1999年12月現在、ホスピスを設置していない県は全国に12県あった。山梨県もその一つだった。土地邦彦は富山県出身、信州大学医学部を卒業後、麻酔科医として同大学病院で2年間の研修をおこなった後、1976年から山梨県の病院に勤務している。巨摩共立病院等で麻酔科医として病棟で働くかたわら、ペインクリニック外来をはじめた。病院を退職し1992年、ペインクリニックを山梨県甲府市から車で10分ほどの昭和町に開業した。

土地医師がペインクリニックを開業するとき、長田看護師長を始めとする看護師はすでに訪問看護を実践していた。長田師長によれば、勤務していた甲府共立病院で、術後の患者が退院後にどのような生活を送るのか、そのことが気になって仕方がなかったのだという。

私はオペ室（＝手術室）にいて、院長（＝土地医師）は麻酔科ですからやっぱりオペ室で一緒に働いていたんですけども、自分たちがやりたい医療というのはなかなか出きにくいよねと。300人600人の組織になっちゃえばそれはそうだね、という話はしてたんですね。で、私がバーンアウト、こんな私でもなったんです（笑）。そういうことを思いすぎて、そして訪問看護をチャラとしました。オペを受けた患者さんの術後の訪問看護に行っちゃったりして。やっているうちに、病院から叱られて、勝手にするんじゃない、と怒られて。……たしかに組織としてはやっちゃいけないことだったから、もうしょうがないということで、私が先に辞めたんです。

玉穂ふれあい診療所で2009年、夫の最期を看取った妻は、長田師長の行動を「損得ぬきのせつかなフットワークの軽さ」と表現したが、痛みや苦しみのなかにある患者に対し、必要とされるサービスを提供するために一刻も先延ばしせず、すぐに応えるという長田の姿勢を的確に表している。長田の父親は戦争で傷病を負い、母親は重度の難聴だったことを講演で語っていたが<sup>3)</sup>、そのことが病いや障害をもって生きることへの感受性を強くしたのかもしれない。他者の痛みや苦しさへの共感として、あるいはそのままにしておくことへの怒りや悲しみとして語りに登場する。

辞めて、訪問看護ってどういう仕事かなというので、看護師の資格を持っていればできるというので、山梨県がたまたま日本看護協会の委託を受けて、訪問看護研修会というのを立ち上げていたんですね。ちょうど当時、3ヶ月ぐらいかかって。そこに研修に行って、訪問看護ってこんなにおもしろいじゃん、と思って。私が思っていることと同じじゃん、と。

長田が実践したい看護は、勤務していた病院組織からは逸脱行為と受けとられ、それを契機に退職し、3ヶ月間日本看護協会主催の訪問看護研修会に参加した。病院退職のきっかけでもあった訪問看護を研修として学んだことから、土地医師がペインクリニックを開業する際に「在宅〔ホスピス〕もやろう」と長田師長が訪問看護を実践していた看護師らと提案したことで、開業と同時に在宅ホスピスに着手している<sup>15)</sup>。

クリニックの外来と訪問診療によって在宅ホスピスをすることは経営的にも安定している。土地医師は開業時には入院施設をもつことを考えていなかった。

はじめのうちはとてもじゃないけど、入院施設を持つとか、それはやっぱりそういうイメージは持ってないです。……92年にスタートしてるでしょう。[県にホスピスの建設計

画を申請したのは]それから5～6年経って、ですよ。病院として、……、独立型の緩和ケア病棟として作ろうというふうな形でイメージしていたというか、それを計画していた。

訪問看護の立場から在宅ホスピスを当初からめざしていた長田にとって、「有床」という選択がなぜ登場してきたのだろうか。

[1990年代] 在宅をしていて、私たちが安心してこの患者さんを数日預けられるという施設が本当になかったんですね。たとえばご家族がみられない。結婚式で遠くに3日行きます4日行きますというときに、施設を探すじゃないですか。で、入っていただいて戻ってくるときは、褥瘡を作ったりとか誤嚥性肺炎を作ったりとか、とても寂しい思いをして。……そうすると、自分たちがやっぱり安心して来てもらえる、あるいは家族にとったら預けられる施設をどうしても作りたくなるわけですよ、在宅をしていますと。……訪問看護ステーションを立ち上げましたから。そんなの、いっぱいあるわけですよ。で、最期までお世話をさせていただくというのは、この人生のこんな短いところのご縁じゃないですか。そしたらお互いに大事にしたいですし、家族になりますよね。そんな思いです。

こうして患者と患者家族の需要に応える形で入院設備をもつことに踏み切る。当初は有床診療所としてではなく、単独型の緩和ケア病棟（病院）を建設する予定だった。施設基準を満たす規模で建築計画が進められた。承認された緩和ケア病棟のなかった山梨にホスピスを作ろうという市民の支援を受けて進めた。ところが最終的に病院の新設は許可されず、緩和ケア病棟はできなかった。しかし、建築計画は再度立ち上げられ有床診療所として出発した。『生きるための緩和医療』に朝日新聞山梨版に掲載された土地の文章「やまなしに想う」が引用されている。その一部を転載する。



私が昭和町で開業し、在宅医療に取り組んで11年が経過した（注：2003年11月現在）。寝たきり患者が最後まで人間の尊厳を持ち、家族とともにその人生を全うできるように支援してきたが、その中には約130人の末期がん患者もいる。

家で過ごし、昼の上で逝くことが一番幸せなことだと私たちは考えるが、それを成し遂げるためには支えになる入院施設が必要である。介護者を守り、在宅ケアを続けるためにも入院が必要になることがある。県内に入院施設がたくさんあるが、死を目前にした人が残り少ない人生を過ごすにふさわしい場所があっただろうか。（中略）

在宅医療を支えるために入院施設が必要だということをはっきり述べている。それは患者と患者家族の両方にとって、入院することで安心したり、苦痛から解放されたり、あるいは休憩がとれ、そうすることで再びまた在宅療養に戻る可能性があるということを経験していたからである。

緩和ケアのできる19床の玉穂ふれあい診療所は今年（＝2003年）7月に船出した。その施設は国の緩和ケア病棟の基準を十分満たし、人材面もそれに近い。けれど、診療所であるがゆえに緩和ケア病棟の認定は受けられず、一日あたり37800円の緩和ケア病棟入院料はいただけない。診療所の入院料は一日あたり7000円程度であり、経営的には赤字を覚悟している。

それでも私たちは診療所で始めざるを得なかった。死を目前にした患者に緩和ケア病棟ができるのを待つ時間はないのである。

1999年の申請から4年の歳月が流れ、施設基準を満たしながら承認されなかった。医療計画により新規の病院の設立を認めないというのがその理由だったという。山梨県にはじめて緩和ケア病棟が登場するのは山梨県立中央病院（691床）に15

床が承認された2005年5月になってからである。

## （2）＜ミッションとしての医療実践＞と＜フローとしての医療実践＞

「それでも私たちは診療所で始めざるを得なかった」という土地の言葉に込められた意味は重い。経営原則から逸脱しても、痛みを苦しむ患者や家族を援助することは医療の基本ととらえる。＜ミッションとしての医療実践＞とは医療を通じて他者の人生や生活を支える、「役に立つ」仕事をするをいう。これまでインタビューしてきた高槻市の中嶋啓子、町田市の西嶋公子、神戸市の梁勝則に共通する志向である。

希望の家の開設理由として梁勝則は次のように述べていた。「病院じゃなくて有床診療所にしたのは、1番目にスピードを重視したということ。2番目に、……がんとエイズ以外の認知症のターミナルあるいは神経難病のターミナルといった人も有床診療所だと抵抗なくみられるだろうと」。そして「地域に住んでいる人たちのターミナルステージを包括的に診れるんじゃないか」とも述べていた。梁が開業した神戸市長田区はひとり暮らし高齢者の出現率が極めて高い地域である<sup>(16)</sup>。だから緩和ケア病棟の認可を待つことより、地域と人びとの必要を優先させたのである。

緩和ケア病棟にはない、地域における有床診療所の利点を土地医師は次のようにいう。

ホスピス〔＝緩和ケア病棟〕というのは確かに点数はいいけれども、ホスピスにすると、今度のはがん以外の患者さんが入れない。入ると非常に安い値段でしか認めてないということで。それまでやってきた在宅医療の中で、家にいたんだけどもちっと入院が必要になったという人たちを入院して診るというのは、有床診療所はとても機能的にはいいわけですね。自分のところだから、いつでも入れられるし、同じ患者さんを同じ医者がずっと診ることになるし。で、よくなれば、また家に帰って同じチームで診られるわけだから、そういう点ではすごくいいわけですね。

がんやエイズに限らない難病や認知症その他のターミナルケアも可能であるという包括性、ケアの継続性と一貫性である。しかし、緩和ケア病棟の入院基本料どころか一般病院並みの入院料にも遠く及ばず、外来や在宅医療による収入で病棟赤字を補填しなければならないのは今も変わらない。にもかかわらず有床診療所を続ける理由は次のように語られる。

自分がやりたいと思う医療のスタイルがあるでしょ。たとえばそれは緩和ケアというか、がんの末期の患者さんを辛く「させ」なくてずっと最期まできちんとみていきたいというのがあって、そしてその患者さんが大往生を遂げて家族の人もみんな、ああ、よかった、よかったと喜んでくれるというのがあると、あ、よかったなあって思っている。それで、それに向けて職員と一緒に、看護師や訪問看護師やいろんな事務さんもみんな含めてそれを支えて一緒に達成していくという、そういう達成感というか、そういうようなことを経験していくというのがおもしろいのであって。だから、あまりストレスに感じてないわけですよ、仕事をね。

「よかった」という家族の喜びに出合うことや、それを共有すること、スタッフが協力して一つの仕事として成し遂げる「達成感」、達成していくことを「おもしろい」と語る。これはまさに＜フローとしての医療実践＞といえる。

……[一般の基準に照らせば明らかにオーバーワークであるのに]それが過労にならずに仕事をこなしている。そして土曜日・日曜日それから夜間であっても、場合によっては出ていったりするわけだけでも、そういうことはそんなに苦痛だとかって思っていない。それは自分のやりたいことをやっているからだろうな、と思ってるんですけどね。

有床診療所での苦勞っていうのも[経営収入を別にすれば]、そこにベッドがあることによって、この患者さんは入院しなきゃいけないなといったときに自分のベッドに入れられる、自分のところに入ってもらえるということはとても幸せなことです。

在宅療養支援診療所の基本的要件は、在宅療養の患者からの連絡を24時間受け、24時間往診や訪問看護の提供や手配、緊急時に入院できる病床を常に確保することが求められる。先に引用した日医総研による調査においても、在宅療養支援診療所を対象とした調査において1808施設の31.8%が「負担である」、42.8%が「やや負担である」と回答し、「(あまり)負担ではない」という回答は全体の2割に満たない。その結果、今後の方向性として「対応できる範囲で継続」と考える診療所が65%であり、「在宅医療のウェイトを増やしていきたい」とするのは12.1%となっている<sup>(17)</sup>。これとは別に日医総研は、かつて有床診療所だったが無床化した診療所を対象に調査をしているが、それによると無床化の理由として、精神的・体力的に限界という回答は34.9%であり、「人件費がかりすぎる」(46.0%)、「入院患者の減少」(41.3%)につづいて高く、看護スタッフの確保が困難(34.9%)がこれと並ぶ<sup>(18)</sup>。要するに有床診療所の維持は客観的条件からするとかなり難しい。では医療実践をする側として、「幸せ」「達成感」、おもしろさについて、土地医師はどのように語っているのだろうか。

[在宅療養や通院患者さんの]入院を頼むとすれば、その人が前に入院して治療を受けていた病院と、まず、なるでしょうね。そうすると、そういうところではもちろん受けてくれるんだけど、その人がそこに入ってしまったら、もうこっちはノータッチなんですよ。何の手出しもできない。その人がたとえば痛みがうまく取れなくて困っていたりしていても何もしてあげられないし、亡くなったことすらわからない、というような状況です。…

…そういうふうな状況の中では何か尻切れとんぼで自分たちの努力がここで終わってしまっただけ、そういうのはつまらない。そういうつまらなさが、自分たちがベッドを持つことによってなくなってくる。最期までちゃんとみていける。そういう達成感というか「幸せなこととは」そういうことであったり。

患者にとって、継続性と包括性を一貫した形でもった医療を受けることは安心につながる。前章のかかりつけ医の機能でみてきた点である。しかし、それは患者に与える効果だけではなく、医療者側にもフィードバックされ、達成感を与え、仕事へのモチベーションを高める。土地医師にとって＜フロー体験＞として認識されている。

痛みの治療をずっとやってきて開業したら、在宅に対する要望が出てきて、在宅で患者さんをみていくおもしろさがあるわけですね。チームを作ってやっていくことのおもしろさとか、そういうふうな方向に動いて。だからどんどん僕の進んでいく道は、患者さんがしてほしいと思うことをやって、自分も興味あることをやっていたら、自然にいまの道に来ているという格好ですかね。

麻酔科の専門医として手術に立ち会い、ペインクリニック外来を1970年代から行っていた。人工呼吸器は1977年から扱った経験を持つ。医師としてのこうしたキャリアは在宅ホスピスをする上で、さまざまに役に立っている。日本ペインクリニック学会前身であるペインクリニック研究会第1回の開催が1969年であるから、ペインクリニック外来という名前が市民権を得ていく時期は土地の専門医としてのキャリア形成期そのものである<sup>4)</sup>。

### （3）チームで支える

チームの協力で患者の在宅療養を支え、その延長として最期を看取するという仕事は、土地医師にとって＜フローとしての医療実践＞ととらえられていることを見てきた。玉穂ふれあい診療所の屋

台骨として設立から今日に至るまで統括師長を務める長田にとっても、患者の望む最期を援助することは大きな達成感を与える。

1992年ペインクリニックを開業してまもなく、長田師長は訪問入浴を開始した。きっかけは訪問看護の研修に参加してはじめて見た組み立て式浴槽だった。「当時、百何十万もしたけど、[訪問入浴は]訪問看護婦のサービスだって、絶対すべきだ」と思い購入したという。診療報酬では訪問看護婦1人分の人件費しか出ないところを、寝たきりの患者のために2人、3人と連れて訪問入浴に出かけたという。

人が喜ばばいいじゃん。最後まで喜ぶことをしよう。人が幸せになることをすれば、私たちも幸せになれる。

在宅療養の場に浴槽を持ち込み訪問入浴をして看取ったことや玉穂ふれあい診療所の露天風呂につかる患者の最期を看取ったことなど、数多い入浴エピソードは、長田が1992年から提案し、在宅療養の場に持ち込んだ組み立て式浴槽から始まっている。

介護福祉士として2003年から玉穂ふれあい診療所で働く佐野しげ子は、もともと美容師として働いていた。県内の理髪店に住み込みで働いて十代の頃、見習い修業先の親方の父親が喉頭がんを患い、そのすさまじいまでの苦しみ方を間近でみた経験がある。若い頃から身内にがんで亡くなった人が多かったことからホスピスに強い関心をもっていた。美容師として働いた後、介護福祉士の資格を取得し、希望して玉穂ふれあい診療所で働くことになった。

佐野は介護福祉士として、また美容師として病棟で仕事をする。「喜んでくれればうれしい」という気持ちが仕事の中核にあるのは、長田師長と共通する。入院する患者や患者家族の生活を支援し、気持ちよく過ごせることに配慮する。そうした配慮は遺族からも高く評価されていた。それは佐野にとって「毎日、充実している。本当にうれしい」という仕事の満足感を与える。医師や看護

師ら他のスタッフとのチームで働くこと、その関係性自体が深い満足感を与えているようだ。

先生様々って感じじゃなくて、仲間って感じにやってくれるんです。[玉穂ふれあい診療所は]うちだと思っている。

しかし、同時に、現在自分が実践する生活援助をどう伝えていくべきかが、佐野にとって課題となっている。

「自分にとってあたり前に日々していることを」今はどうやって伝えればいいか、それが難しい。若い人にこの思いをどう伝えればいいのか、それが難しい。

いずれは故郷に帰ろうと考えている佐野にとって、玉穂ふれあい診療所という場をめぐる世代継承性という課題である。佐野自身の生活史と分かちがたく結びついたケアに込める思いや配慮や言葉、あるいは振る舞いなど、技術の水準に還元できないからこそ、病棟における援助の実践を伝えていくことは容易ではないと捉えられている。それでもなお、これらを共有しようという試みの一つが、支援の会（正式名称は医療法人どちペインクリニックのホスピスを支援する市民の会）の活動であり、具体的には「ホスピス開放講座」や「ホスピス祭り」<sup>5)</sup>につながっているのかもしれない。

#### （４）入浴とグリーフケア

入院患者の中には温泉につかって最期の時を迎えたいという高齢女性もいたという。玉穂ふれあい診療所では、患者の死後、特殊浴槽をつかって死者を遺族とスタッフで洗い清める。それが患者家族にとって大きなグリーフケアにつながっているという。従来の病院の死後処置（エンゼルケア）では、病棟看護師が死者の家族を病室の外に出し、１人または２人で死後の処置をおこない、清拭後、青梅綿を詰めるなどの後に浴衣を左前に着せ、化粧をするなどといったことが行われてき

た。

看護師の中には、それ（＝看護師が死後の処置をすること）はおかしいんじゃないか、と思っている人もあるようですけどね。おそらく夜勤の中の人手が足りないときに亡くなったりしたときに、そんなところに手を使うよりも他の生きている患者さんのところに行きなさい、という方針だろうなと思っています。けれども、看護の仕上げとして亡くなったときエンゼルケアをやって、そしてその家族も一緒にグリーフケアも含めてやっていくと、それはそれは立派な看護の中身だし。そういうところも見逃されているんじゃないか、効率化というところから。

エンゼルケアが病院の看護師ではなく、葬儀社によって行われることも近年は日常化している<sup>(19)</sup>。これに対し玉穂ふれあい診療所ではスタッフと遺族とがおこなう「最後の仕上げ」としての入浴が、達成感を分かち合う契機となっていると長田と土地医師はいう<sup>6)</sup>。

要するにそのエンゼルケアがグリーフケアに繋がっていく。うちなんかはそうなんだけれども、亡くなると機械浴のところに連れて行って患者さんをきれいに洗って、そして着替えをきれいにして。そのときに家族みんなと一緒に風呂に入れて。……そういう中で、……昔のことを振り返ったりしてね。楽しかったこととか思い出して、笑い声が聞こえたりして。だから、悲痛な思いはぜんぜんないんですね。いままでやってきた仕事の最後の仕上げをやっている。その仕上げをやって、そしてきちんとして家に連れて帰るという格好でやっていくんですね。

入浴はグリーフケアとして非常に意味があるとする。それは儀礼的な死化粧とは異なり、死にゆく身体への関わりを媒介とするケアの共有であり、

看護の延長としてとらえられている。さらに土地や長田らスタッフの当事者意識が大きい。

何日間も風呂に入らなくて、体を拭いたって汗くさいでしょう、ベトベトして。自分がそうだったらいやだなと思うじゃないですか。……だから自分がその立場だといやだなと思うことはちゃんとしようと。

在宅であれ入院であれ、土地や長田らが看取って亡くなった患者の家族とのつきあいは患者の死によって終わるわけではない。無床診療所として開業してもない頃、依頼を受けて往診をし、在宅での看取った女性の家族とは20年近い今も親交が続いているという。かつての地域社会では産婆（助産師）にとりあげてもらった子どもが成長をしていく過程を産婆に知らせ共に祝うことが行われていた。死にゆくことへの関わりをともに分かち合う経験もまた、類似した関係性を生み出す可能性があることを示唆している。

## おわりに

山梨県は人口でいえば87万人程度の小規模な県だが、在宅医療をする上では訪問診療や訪問看護の移動距離は小さくない。大阪府高槻市の中嶋啓子は半径1キロ範囲の顔の見える関係を大切にしていた。東京都町田市の西嶋公子の場合、車で片道30分程度を上限とする範囲である。神戸市長田区の梁勝則の場合も大きくは変わらない。人口が集中する都市に対し、山梨で在宅医療をする場合は片道「20キロから30キロ」かかることも日常であり、山間部やさらに河口湖や長野県境にまで行くとすれば、1時間を超えることもある。しかし、依頼があれば、原則として断らない。「人の関係ですよ。人と人との関係と、もう1つは、それは昔の話ですから〔在宅医療をする医師がいない時代〕、俺が行かなかつたらこの人を診てくれる人はいないな、というときもあるんですよね。」

現在、山梨県内に在宅医療をおこなう開業医が増え始めている。片道1時間を超える距離を訪問

診療することは減ってきた。それでも遠方からの依頼があった場合、原則として断ることはしない。医師を紹介したり、その後の相談にも対応することを約束する。

医師や看護師にとって24時間の対応は患者や患者家族への責任であり、包括性・連続性・一貫性を保証する努力である。しかし、他方で、いつまで続けられるのか、という問いも常に抱えている。個人の体力として、診療所の維持存続として、ここでも世代継承性という課題が浮上する。

現行の医療制度下ではホスピス型の有床診療所の場合とはくに、経営を続けるほどに損失を生み出すことはこれまで見てきたとおりである。それにもかかわらず、施設入所とは異なる、在宅との出入りが選択的である融通性を最大限に生かし、さまざまな工夫によって制度の限界を超え、当事者の必要を満たそうとする医療実践をおこなっている。

世代継承性という課題にとって、最大の障壁となっている制度上の不利益をまず取り除かれなければならない。

## 付記

本論は平成20年度～平成22年度文部科学省科学研究費補助金による基盤研究（C）「社会活動としての在宅医療と医師のライフヒストリー」（研究代表者 大出春江・調査協力者 古川早苗 課題番号2053090474）の成果の一部である。

玉穂ふれあい診療所インタビュー調査と4回にわたる訪問につきまして、土地邦彦医師と長田牧江師長、スタッフ皆さまに大変お世話になりました。記してお礼を申し上げます。

## 注

- 1) 最近実施された意識調査としては、朝日新聞社の実施した死生観に関する世論調査がある。層化無作為抽出法により3,000名を対象とした郵送法による。最終的に有効回答2,322名（回収率77%）について調査結果をまとめている。2010年11月4日 朝日新聞朝刊。

- 2) 千葉県南房総市にある花の谷クリニック院長の伊藤真美は、がん末期といわれる患者の緩和ケアだけでなく、必要と判断される場合、放射線治療など化学療法のために連携する総合病院に患者を連れていくという。伊藤は治療の可能性を追求しつつ、緩和ケアを行う重要性を指摘している。2007年11月25日地域医療研究会全国大会での口頭報告、および2009年5月18日の日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会での口頭報告。
- 3) 2010年9月7日大出が引率して大妻女子大学人間関係学部社会学学生が玉穂ふれあい診療所の研修プログラムに参加。当日の長田師長講演内容に基づく。
- 4) 日本ペインクリニック学会HP・学会概要より (<http://www.jspc.gr.jp/>)。2008年6月現在、ペインクリニック専門医は1,491名である。土地が1970年代ペインクリニック研究会に参加した頃は100名足らずだったという。土地は現在、学会の評議員をつとめる。2006年に日本ペインクリニック学会第40回大会が神戸で開催された際に、全国ペインクリニック開業医会第1回総会が開催され、土地は初代会長に選ばれている。
- 5) ホスピス祭りは2003年3月に第1回目が開催され、DPCホスピス支援の会を中心に行われている<sup>(20)</sup>。2010年開催の第8回ホスピス祭りの様子は土地と長田によって報告されている<sup>(21)</sup>。
- 6) 死後の処置を含む臨終期ケアに対する土地の考えは、著書に記されている。土地は湯灌の重要性を強調するが、民俗学的儀礼としての湯灌ではなく、看護の延長として、また看取った家族やスタッフの協働の総仕上げとして位置づけている<sup>(22)</sup>。土地の著書『ゆっくりねろし』には、在宅療養後に死亡した患者に対し訪問看護ステーションのスタッフが死後の処置をおこなった後、弔問に訪れた土地と長田がそれを見て驚きすぐに直したとこと、また翌日の朝会で強く注意をして指導したというエピソードを児玉末医師が記している（児

玉は玉穂ふれあい診療所に2006年5月～2010年3月まで勤務）。このエピソードは土地と長田の臨終期ケアに対する姿勢をよく示している<sup>(23)</sup>。

## 引用文献

- (1) 厚生省健康政策局総務課監修 (2000). 21世紀の末期医療, 中央法規, 164.
- (2) 同上書, 198-210.
- (3) (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 (2010). ホスピス緩和ケア白書, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
- (4) 医学通信社 (2010). 診療報酬早見集—保険点数とその解説, 川崎市医師会.
- (5) 大出春江 (2010). 社会運動としての在宅医療と医師のライフヒストリー 2, 大妻女子大学人間関係学部・人間関係学研究 11, 183-197.
- (6) 厚生労働省 (2010). 平成22年度診療報酬改定説明会資料 (平成22年3月5日開催 [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/setumei\\_03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/setumei_03.pdf)), 44-45; 医学通信社 (2010). 診療報酬早見集—保険点数とその解説, 川崎市医師会.
- (7) 野村真美・出口真弓 (2009). 「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査 (日医総研ワーキングペーパー No.183), 日本医師会総合政策研究機構.
- (8) 江口成美 (2006). 有床診療所の現状と課題—平成18年改正と平成17年実態調査報告, (日医総研ワーキングペーパー No.125), 日本医師会総合政策研究機構.
- (9) 中井祐之・新藤哲・斎藤純一・千葉洋子・今野靖志 (2009). “有床”在宅療養支援診療所が在宅ホスピス推進に果たす役割と課題, 平成20年度日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 調査・研究報告書 第8号, 11-18.
- (10) 終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010). 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書; 終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010)

「終末期医療に関する調査」結果について。  
(<http://mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23.html>)

- (11) 矢津剛（2007）. 在宅ホスピスの実践と課題—デイホスピス・医療型小規模多機能ケアの可能性も含めて—, 月刊 保団連, 4(932), 11-16.
- (12) ニノ坂保喜（2007）. 温もりを感じる医療態勢に, 月刊 保団連, 4(932), 24-29.
- (13) 同上論文, 28.
- (14) 中井祐之・新藤哲・斎藤純一・千葉洋子・今野靖志（2009）. 前掲論文, 13.
- (15) 伊藤真美・土本亜理子（2008）. 生きるための緩和医療—有床診療所からのメッセージ—, 医学書院, 177-178.
- (16) 河合克義（2010）. 大都市のひとり暮らし高齢者と社会的孤立, 法律文化社, 329.
- (17) 野村真美・出口真弓（2009）. 前掲論文, 41.
- (18) 江口成美（2006）. 前掲論文, 104.
- (19) 大出春江（2008）. 看取る文化とその社会的条件—在宅で迎える死はいかにして可能か—（平成16年度～平成19年度科学研究費補助金 基盤研究(C)研究成果報告書（課題番号 16530364））.
- (20) 土地邦彦（2009）. ゆっくりねろしーいのち輝く 玉穂ふれあい診療所 ホスピスの記録, かもがわ出版, 78-81.
- (21) 土地邦彦・長田牧江（2010）. ホスピス診療所からみえてくる死生観, 緩和ケア, 20(5), 463-466.
- (22) 土地邦彦（2009）. 前掲書, 148-151.
- (23) 土地邦彦（2009）. 前掲書, 109-111